

가족 계획 서비스를 위한 Take Charge 신청서

작성한 신청서를 1-866-841-2267에 팩스로 송부해 주십시오

병원 이름		병원 전화번호	
1. 이름(이름만)		중간 이름 이니셜	이름(성)
2. 거주지 주소	거리	아파트 #	도시 주 우편번호
3. 우편물 주소(위와 다를 경우)	거리	아파트 #	도시 주 우편번호
4. 집 전화, 휴대전화, 선호하는 전화번호	직장/메시지 번호	이메일 주소	
5. 귀하의 영어로 말하기, 읽기 또는 쓰기에 어려움이 있으십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		통역사가 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
일반 정보			
성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일	원하지 않은 임신을 방지하기 위해 피임법을 사용할 의사가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 “아니요”로 답한 경우, 가입할 수 없습니다.	
사회보장번호	미국 시민권자 또는 미국인입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	미국 시민권자 또는 미국인이 아니며 영주권자일 경우, 이민 서류 사본을 제출해 주십시오.	
6. 이 프로그램에 대한 자격 여부를 확인하기 위해 귀하의 가족 인원에 대해 알아야 합니다(함께 사는 배우자 및/또는 18세 미만의 부양 자녀). 본인을 포함하여 가족은 모두 몇 명입니까? _____			
7. 결혼을 했으며 배우자와 함께 사는 경우, 배우자의 이름과 사회보장 번호(SSN)를 입력하십시오. (이름, 중간 이름, 성): _____ SSN: _____			
의료 보험 정보			
8. 개인 의료보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 “예”로 답한 경우, 다음 정보를 제공:			
보험회사 이름			
보험회사 주소			
보험증권 소유자 이름			
보험증권 소유자 보험 ID 또는 보험증권 번호			
본인은 TAKE CHARGE Medicaid 프로그램이 마지막으로 비용 부담의 책임을 가진다는 것을 이해합니다. 본인은 본인의 보험회사가 제공된 TAKE CHARGE 서비스에 대해 우선적으로 청구서를 수령함을 이해하며 다음의 경우는 예외입니다: <input type="checkbox"/> 본인은 18세 이하이며 부모님은 본인이 가족 계획 서비스를 원하는 것을 알지 못합니다 . 본인이 이용하는 서비스에 대해 비밀을 유지해 줄 것을 원합니다. 또는 <input type="checkbox"/> 본인은 가정 폭력의 피해자로서 가해자 의료보험의 혜택 수혜자입니다.			
인종/민족 배경			
9. 귀하의 인종이나 민족 배경에 대해 자발적으로 말씀해 주시기 바랍니다. 이 정보는 본 서비스에 대한 적격성을 고려하는데 사용되지 않습니다. <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 베트남인/라오스인/캄보디아인 <input type="checkbox"/> 기타 아시아 또는 태평양 섬주민 <input type="checkbox"/> 히스패닉계 <input type="checkbox"/> 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민, 부족 이름: _____ <input type="checkbox"/> 기타: _____			
임의 위임 대리인(AREP)			
(AREP는 귀하로부터 위임을 받은 사람으로서 귀하의 혜택에 대해 이야기하고 귀하를 대신하여 Take Charge 우편물을 수령할 수 있는 사람입니다.) AREP를 지정하려면 아래의 정보를 작성해 주십시오.			
이름/회사		전화번호	
우편물 주소	거리	도시	주 우편번호
<input type="checkbox"/> 내 TAKE CHARGE 우편물을 내 우편물 주소로 보내주십시오 <input type="checkbox"/> 내 TAKE CHARGE 우편물을 이 AREP의 주소로 보내주십시오.			

고객 이름		사회 보장 번호	
수입			
귀하는 지난 90일 이내에 직장을 그만 두거나 실직하셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예로 답한 경우, 퇴사일_____		귀하의 배우자는 지난 90일 이내에 직장을 그만 두거나 실직하셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예로 답한 경우, 퇴사일_____	
본인이 취업 / 자영업으로 얻은 수입		배우자가 취업 / 자영업으로 얻은 수입	
현재 직장	전화 번호	현재 직장	전화 번호
세금이나 경비를 공제하기 전 귀하의 총 월급		세금이나 경비를 공제하기 전 귀하의 배우자의 총 월급	
현재 직장	전화 번호	현재 직장	전화 번호
세금이나 경비를 공제하기 전 귀하의 총 월급		세금이나 경비를 공제하기 전 귀하의 배우자의 총 월급	
귀하나 배우자에게 직업이 두 개 이상 있을 경우, 별도의 용지에 추가 정보를 첨부해 주십시오.			
기타 수입	금액	이 수입액은 얼마나 자주 받습니까?	이 수입액은 가족 중 누구의 수입입니까?
10. 부모 지원, 친척, 장학금 또는 대출			
11. 양육비 또는 부양금			
12. 사회보장 보조금			
13. 실업 수당			
14. 퇴역군인 수당/군인 공제금			
15. 인건비 및 노동			
16. 투자 수입			
17. 기타 수입원 또는 재정 지원			
경비			
18. 귀하가 일하는 동안 자녀 또는 성인 위탁 서비스에 대한 비용을 지불합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 “예”일 경우, 월 금액:_____			
19. 함께 살지 않는 자녀를 위해 양육비를 지불합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 “예”일 경우, 월 금액:_____			
아래에 서명하기 전에 자세히 읽어 보십시오			
<p>본인은 다음을 이해합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> HCA는 본인이 제공하는 정보를 입증하도록 본인에게 요청할 수 있습니다. HCA는 본인이 증거 자료를 수집하도록 도와주거나 이를 위해 다른 기관이나 개인에게 연락할 수 있습니다. 본인의 정보는 다른 주 또는 연방 기관이 검토할 수 있습니다. 이 정보는 미국 세관 및 이민 기관(USCIS)과 공유되지 않을 것입니다. 본인은 의학적 치료 혜택을 요청하고 이용함으로써, 의료 서비스에 대한 제3자의 지원금 및 모든 의료 지원에 대한 권리를 워싱턴주에 위임합니다. 본인은 이 신청서가 피임만을 목적으로 한 가족 계획 서비스를 위한 것임을 이해합니다. 다른 의료 서비스, 재정적 지원 또는 푸드 스탬프가 필요할 경우, DSHS 커뮤니티 서비스 담당실을 통해 신청할 수 있습니다. 			
선언 및 서명			
본인은 이 신청서에 포함된 정보를 읽고 이해했습니다. 본인은 위증시 처벌을 받는 조건으로 이 신청서를 통해 제공한 정보가 본인이 아닌 한 사실이고 올바르며 완전함을 증명합니다.			
신청자 서명		날짜	